FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Année 1886-1887 **N° 96**

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

VARICES NASALES

ET LEUR TRAITEMENT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 Juillet 1887

PAR

Jean Gaston VILLEDARY

Né à Saint-Vincent de Connezac (Dordogne), le 4 Avril 1861.

NOMS DES EXAMINATEURS : MM. ORÉ, *président.* — BOUCHARD, PLANTEAU, FERRÉ, *juges.*

Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement Médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE H. MAURAN, 32, RUE FERBOS

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Année 1886-1887 N° 96

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

VARICES NASALES

ET LEUR TRAITEMENT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 Juillet 1887

PAR

Jean Gaston VILLEDARY

Né à Saint-Vincent de Connezac (Dordogne), le 4 Avril 1861.

NOMS DES EXAMINATEURS : MM. ORÉ, *président.* — BOUCHARD, PLANTEAU, FERRÉ, *juges.*

Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement Médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE H. MAURAN, 32, RUE FERBOS

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES. . . . . Doyen. — M. DENUCÉ. . . . Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DENUCÉ. . . . . } Professeurs honoraires.
BITOT . . . . . }
MICÉ . . . . . }

Anatomie	MM. BOUCHARD.	Pharmacie	FIGUIER.
Physiologie	ORÉ.	Thérapeutique	DE FLEURY.
Physique	MERGET.	Hygiène	LAYET.
Chimie	BLAREZ,	Médecine légale	MORACHE.
Histoire naturelle.	GUILLAUD.	Médecine expérimentale	JOLYET.
Pathologie et thérapeuthique générales	VERGELY.	Matière médicale.	PERRENS.
Pathologie interne.	DUPUY.	Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Pathologie externe	AZAM.	Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Anatomie pathologique	COYNE.	Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Histologie et anatomie générales.	VIAULT.	Clinique ophtalmologique	BADAL.
Médecine opératoire	MASSE.		

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale

MM. LANDE. — MM. ARTIGALAS.
ARNOZAN. — MOUSSOUS.
RONDOT.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe

MM. DUDON. — MM. LAGRANGE.
BOURSIER. — POUSSON.
PIÉCHAUD. — DENUCÉ.

Accouchements. . . . . MM. LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. . . . . PLANTEAU. FERRÉ.
Histoire naturelle. . . . . NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique . . . . . BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie. . . . . DENIGÈS.
Pharmacie. . . . . CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique des enfants. MM. NÉGRIÉ. — Maladies vénériennes. MM. VENOT.
Clin. chir. des enf.... N... — Maladies mentales..... N...

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchement..... M. LEFOUR. | Chimie..... M. CARLES.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA CHÈRE MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES, ALPHONSE ET MARCEL

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE MAXIME

A LA MÉMOIRE

DE MA GRAND' MÈRE DELPHINE, NÉE CHOUCHERIE

A MES ONCLES JEAN ET JOSEPH CHOUCHERIE

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR ORÉ

Professeur de physiologie à la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. LE DOCTEUR MOURE

Chef de clinique libre pour les maladies du larynx,
des oreilles et du nez.

A MES AMIS

Dans le deuxième, nous insisterons sur les particularités anatomiques des fosses nasales qui peuvent nous concerner.

Dans le troisième chapitre, nous publierons quelques observations, qui, nous l'espérons, paraîtront assez concluantes.

Dans les deux derniers chapitres enfin, tirant en quelque sorte des conclusions des faits observés par nous ou publiés, nous parlerons de l'étiologie, de la symptomatologie, du diagnostic, du pronostic et du traitement des varices nasales.

Nous aurions bien voulu nous rendre compte de l' « état anatomo-pathologique spécial », mais nous n'avons pas eu l'occasion de faire de nécropsies chez des sujets porteurs de varices nasales.

C'est là, dans notre travail, une grande lacune dont je prie mes juges de m'excuser.

C'est à M. le docteur Moure que nous devons l'inspiration de ce travail ; c'est lui qui nous a fourni la plupart des observations qui font le sujet de notre thèse. Nous l'en remercions sincèrement ici, et le prions de croire à toute notre gratitude pour les excellents conseils qu'il n'a cessé de nous fournir.

Que M. le professeur Oré veuille bien accepter tous nos remerciements pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire, avec sa bienveillance habituelle, d'accepter la présidence de ce modeste travail.

INTRODUCTION

Tous les auteurs qui, jusqu'à ce jour, ont traité de l'épistaxis, ont songé à en diviser les causes en plusieurs classes, et la plupart d'entre eux, à côté des épistaxis d'origines dyscrasique, traumatique et compensatrice, ont admis les épistaxis spontanées.

Il est, en effet, certaines épistaxis qui surviennent chez des sujets sains, robustes, n'ayant aucune trace soit d'hémophilie, soit de maladies du cœur ou du foie, soit même de traumatisme direct ou indirect, n'ayant enfin aucun état pathologique qui puisse entrer en ligne de compte dans la production de l'écoulement sanguin.

Nous publierons quelques observations dans lesquelles on verra que ces épistaxis spontanées sont souvent expliquées par les varicosités des veines de la muqueuse de Schneïder.

Notre but est, non pas de faire un travail complet sur la matière, mais de montrer que, par l'examen direct des fosses nasales, on pourra découvrir, dans bien des cas, la source de ces épistaxis, que rien semble ne pouvoir expliquer ; nous insisterons, en même temps que l'examen, sur le traitement à appliquer à cette source morbide.

Nous diviserons notre travail en cinq chapitres.

Dans le premier, nous ferons un court historique du sujet.

CHAPITRE I^ER

HISTORIQUE

Au commencement de ce siècle déjà, J.-P. Franck, cité par Morrel-Mackensie, dans son traité sur les maladies du nez, prétendait avoir trouvé souvent un état variqueux des veines du nez chez des personnes sujettes à de fréquentes épistaxis et chez lesquelles on ne trouvait aucune maladie capable d'expliquer ces hémorragies répétées.

En 1882, Gosselin, dans sa clinique, à propos d'un malade, jeune encore, qui avait eu des épistaxis assez sérieuses et qui portait en même temps des varices aux membres inférieurs, se demandait s'il ne fallait pas faire un rapprochement entre ces épistaxis et les varices aux membres, la diathèse variqueuse pouvant intéresser, selon lui, les veines d'une partie quelconque de l'organisme.

En 1882, M. Bonhomme de Montaigut présentait à Paris, pour sujet de sa thèse inaugurale, le sujet suivant : « Des épistaxis dues aux varices nasales. » L'auteur rapportait quelques observations d'épistaxis rebelles chez des sujets qui, tous, étaient porteurs, soit de varices aux membres, soit d'hémorroïdes. Il est regrettable que cet auteur n'ait pas songé à faire l'examen rhinoscopique, ce qui, certainement, dans bien des cas, lui aurait mis sous les yeux la véritable cause locale

des épistaxis observées par lui. Faute d'examen rhinoscopique, l'auteur s'est borné à conclure aux varices nasales par exclusion, et en s'appuyant surtout sur les varices concomitantes, soit aux membres, soit à l'anus.

Cependant, pour entrer dans le cœur même de la question, il faut sortir des livres classiques et consulter des écrits spéciaux.

Dans ces dernières années, en effet, on a songé à faire soigneusement l'examen rhinoscopique, dans toutes les maladies des fosses nasales, et c'est chez des auteurs, ayant pratiqué avec soin cet examen, que nous allons trouver des documents sérieux et concluants.

En 1875, Chiari, de Vienne, s'exprime ainsi : « Les hémorragies nasales spontanées, difficiles à arrêter et violentes, proviennent, la plupart du temps, d'un point circonscrit de la cloison. Elles ne sont pas du tout produites par l'ongle et surviennent, en général, spontanément, parfois même pendant le sommeil. La plupart des malades évitent, au contraire, de se toucher le nez, et cependant la guérison ne se produit pas, preuve évidente qu'il existe, au point qui donne du sang, un état anatomo-pathologique spécial. »

Chiari admettait un état variqueux des vaisseaux, et il ajoutait qu'au niveau de la cloison, la muqueuse étant très tendue et surtout moins épaisse à cet endroit que dans le reste de l'étendue des fosses nasales, le caillot obturateur, formé après la première épistaxis, n'amenait qu'une thrombose incomplète et se détachait au moindre effort ; d'où hémorragies répétées.

En 1876, Voltolini, de Vienne, à côté d'observations remarquables d'angiomes du nez, relatait quelques cas d'épistaxis, dans lesquels, à l'examen rhinoscopique, il avait trouvé des vascularisations très développées sur la cloison.

Carl Michel, également dans un cas d'épistaxis, après s'être servi du speculum avec méthode, avait constaté que la partie antérieure de la cloison était couverte de ramifications vasculaires plus développées qu'à l'état normal.

Calmettes, en 1884, dans un traité sur l'épistaxis, après avoir cité ces trois auteurs, s'est attaché à observer attentivement des cas d'épistaxis survenues sans cause plausible.

Il avait réuni six observations d'épistaxis spontanée et avait constaté, à l'examen rhinoscopique, deux fois, une ulcération simple de la muqueuse, deux fois une tumeur assez volumineuse siégeant, une fois sur le méat inférieur et l'autre sur le méat moyen, et enfin, dans deux cas, il s'était trouvé nettement en face de « varicosités » rougeâtres, d'où le sang s'écoulait en nappe.

Nous aurons l'occasion de revenir sur ce remarquable travail de Calmettes, lorsque nous parlerons du diagnostic local et du traitement des varices nasales.

Nous citerons enfin, comme ayant rapporté des observations de varices nasales, Kiesselbach, en 1885, Baumgarten, de Vienne, et Gleitsman, de New-York.

L'italien Gangera, en 1886, relate une observation d'ulcère variqueux siégeant à la partie inférieure de la cloison et ayant amené des épistaxis très violentes.

Dans son Manuel sur les maladies du nez, paru en 1886, M. le docteur Moure, à propos des épistaxis spontanées, signale des ectasies veineuses qui se trouvent la plupart du temps sur la cloison et qui, pour lui, expliqueraient, au moins, en grande partie, cette grande classe d'épistaxis, que la plupart des auteurs ont désignées sous le nom de spontanées.

Il y a quelques jours à peine, le docteur Bandler, dans une communication à l'Académie des sciences de Vienne, parle longuement de ces épistaxis spontanées. Il cite quelques auteurs

qui ont parlé de cette affection et s'appuie surtout sur Hartmann et Chiari.

Hartmann a relevé, jusqu'à ce jour, quatre-vingt-dix-huit observations d'épistaxis spontanées et, chez tous les sujets observés, il a toujours trouvé une cause expliquant ces hémorragies. Chez beaucoup d'entre eux il a remarqué des dilatations veineuses, sur un point desquelles on trouvait une petite croûte noirâtre; celle-ci enlevée, l'hémorragie reparaissait immédiatement.

Bandler, s'appuyant aussi sur ses propres observations, conclut comme Chiari à des dilatations vasculaires, et pour lui il n'y a pas d'hémorragies spontanées, car toutes s'expliquent d'une manière ou de l'autre.

CHAPITRE II

ANATOMIE

Nous ne pouvons commencer notre travail sans rappeler, en quelques mots, l'anatomie normale de la muqueuse de Schneider. Nous insisterons spécialement sur la disposition des vaisseaux dans l'intérieur de cette muqueuse.

Tous les anatomistes qui ont décrit cette région appellent l'attention sur les réseaux veineux très développés qui sillonnent la muqueuse de Schneider. Tillaux, Beaunis et Bouchard, Cruveilher, etc., sont tous d'accord sur cette disposition, et Sappey s'exprime en ces termes :

« Dans les fosses nasales, la vascularisation est très abon-» dante. Les veines surtout y atteignent un développement » considérable et forment un plexus très variqueux et presque » caverneux. »

Cependant, les auteurs spéciaux et surtout les auteurs étrangers, émettent des affirmations plus catégoriques.

En 1853, Kolhraush, après Twood et Bowmann, avait remarqué que les fosses nasales étaient tapissées dans toute leur étendue par un tissu absolument caverneux. Ce tissu, très épais et très lâche autour des cornets et à la partie postérieure de la région des fosses nasales, est, au contraire, très serré et

très adhérent à la partie antérieure et surtout dans toute l'étendue de la cloison médiane.

En 1875, Bigelow, de Boston, donna une description plus complète de la structure de la muqueuse, accompagnée de planches fort bien faites, et démontra qu'elle avait bien véritablement le caractère du tissu érectile, toujours moins accusé au niveau de la cloison.

Voltolini, en 1877, dit que dans chaque cornet on peut voir, après macération, nombre de petits orifices par lesquels passent les petits vaisseaux. Ces orifices sont si nombreux qu'on en trouve jusqu'à dix par millimètre carré. Selon son expression, les parties molles recouvrent les parties sous-jacentes comme une éponge recouvre le banc de corail qui la supporte.

Zuckerkandl, en 1882, reprend tous ces travaux et constate, lui aussi, qu'on se trouve dans les fosses nasales en présence d'un tissu caverneux, surtout au niveau des cornets et des méats, et que ce caractère est bien moins accusé au niveau de la cloison, où la muqueuse est beaucoup moins épaisse, et adhère entièrement aux parties sous-jacentes.

Il met en lumière un fait qui a une grande importance, c'est que les vaisseaux sont placés immédiatement au-dessous de la membrane basale, laquelle étant très mince et se laissant déchirer facilement, met les vaisseaux à nu et peut amener ainsi des hémorragies graves.

Morrell-Mackensie, dans son Traité sur les maladies du nez, cite tous ces auteurs et conclut également à ce que le tissu muqueux est caverneux dans les fosses nasales, mais à un degré moindre cependant sur la cloison.

Kiesselbach insiste également sur la disposition caverneuse des vaisseaux dans les fosses nasales.

Tous ces mêmes anatomistes, décrivant les glandes des fosses

nasales, s'accordent à reconnaître qu'elles sont très nombreuses dans les endroits où la muqueuse est très épaisse, et qu'on ne les trouve qu'en très petite quantité, au contraire, sur la cloison, où cette même muqueuse est beaucoup moins épaisse et plus adhérente.

Si nous résumons les principales particularités dont nous puissions tirer parti, nous trouvons :

Sur la cloison, muqueuse très serrée et très adhérente.

Dans le reste de l'étendue, tissu plus lâche et moins serré.

Sur la cloison, glandes en très petite quantité ; dans toutes les autres parties, glandes très nombreuses.

Partout, vascularisation très abondante, vaisseaux nombreux et serrés. Le réseau veineux est surtout développé d'une façon tout-à-fait extraordinaire, au point qu'il constitue, dans certains points (cornets inférieurs), un véritable tissu caverneux.

CHAPITRE III

OBSERVATION I

(Personnelle)

Madame M..., 43 ans, couturière, à Bordeaux.

Elle a toujours été d'une construction robuste et s'est toujours bien portée.

La première hémorragie nasale date du mois de mai 1884. Le 3 mai, elle fut prise spontanément d'un saignement au nez. Le sang s'écoulait goutte à goutte, mais de la narine gauche seulement, et l'écoulement s'arrêta de lui-même au bout d'un quart d'heure, à peu près, avec seulement quelques ablutions d'eau froide.

Le lendemain, 4 mai, elle eut une nouvelle épistaxis le matin à 6 heures. Ce fut comme la veille. L'écoulement cessa de lui-même au bout de quelques minutes. Le soir, elle eut une nouvelle hémorragie qui, se trouvant plus rebelle, l'obligea à demander le secours d'un médecin. L'écoulement du sang se faisait toujours par la narine gauche.

Le tamponnement postérieur fut pratiqué au moyen de la sonde de Bellocq ; mais le tampon fut laissé *neuf jours* dans l'arrière cavité des fosses nasales.

A la suite du séjour de ce tampon, la malade fut prise d'un coryza purulent qui est passé à l'état chronique et pour lequel elle est encore actuellement en traitement.

Les hémorragies n'ont cependant pas reparu jusqu'en mai 1887.

A cette époque, le 2 mai, vers minuit, elle fut réveillée soudainement par une hémorragie nasale : Le sang, comme la première fois, coulait goutte à goutte, de la narine gauche seulement.

A huit heures, nouvelle épistaxis sans durée. A une heure de l'après midi, encore un écoulement sanguin.

Enfin, à huit heures du soir, violente épistaxis qui dura fort longtemps, mais qui céda cependant à un tamponnement simple antérieur, avec de la ouate imbibée d'une solution de perchlorure de fer.

Au mois de juin, la malade venant suivre son traitement pour le coryza chronique, à la clinique de M. le docteur Moure, le mit au courant de toutes ces épistaxis récentes.

A ce moment, la malade quoique robuste, paraît anémiée, à cause de la grande quantité de sang qu'elle a perdu ; toutes les muqueuses sont décolorées.

Un interrogatoire fait avec soin, ne fait découvrir aucune maladie capable d'expliquer toutes ces épistaxis spontanées. Rien au cœur, rien au foie; pas d'hémophylie, pas d'athérome, pas de rhumatisme, ni fièvre typhoïde ou éruptive, pas même parmi les *antécédents*. Les règles ont toujours été régulières, et même à l'époque des épistaxis, la malade n'avait remarqué aucune anomalie dans les fonctions utérines. Il n'y avait pas eu de traumatisme, car la seconde fois, elle avait été prise d'épistaxis pendant son sommeil.

Il faut dire que la malade porte aux membres inférieurs, surtout au membre inférieur gauche, quelques varices peu développées cependant ; pas de traces d'hémorroïdes.

L'examen rhinoscopique pratiqué avec soin fait découvrir dans la narine gauche, à la partie antéro-inférieure de la cloison, à peu près à 0,01 centim. 1/2 de l'entrée des fosses nasales, un petit foyer rougeâtre où l'on distingue des petites vascularisations très nettes, indiquant parfaitement que nous avons affaire à des petits vaisseaux augmentés de calibre et gorgés de sang, que la muqueuse laisse apercevoir par transparence.

C'est là évidemment la cause des hémorragies observées, car si l'on promène le porte-ouate sur la lésion, on provoque aussitôt un petit écoulement en nappe.

Un tampon contentif de ouate, imbibée de solution de perchlorure de fer, est placé sur l'endroit d'où provient le sang, et l'on commence le traitement radical consistant en cautérisations à l'acide chromique cristallisé.

Après deux cautérisations, séparées par quelques jours à peine d'intervalle, les varices ont disparu absolument et la muqueuse reprend son aspect normal.

OBSERVATION II

(Recueillie à la clinique de M. le docteur Moure)

M. D..., âgé de vingt ans, né à Bordeaux.

D..., a toujours été d'une très bonne constitution.

Depuis trois ans, il était pris de fréquentes épistaxis revenant à intervalles irréguliers, sans qu'aucune cause plausible put expliquer ces hémorragies. Depuis cinq mois notamment, ces épistaxis étaient devenues si fréquentes et si abondantes que le malade était arrivé à un *degré extrême d'anémie*. Le sang coulait toujours de la narine gauche seulement. C'est alors qu'il fut envoyé à M. Moure, par le médecin traitant, qui avait épuisé, en vain, tous les toniques et les astringents.

Tous les organes interrogés avec soin n'ont rien fait découvrir sur la cause de ces troubles, que l'examen rhinoscopique seul a pu faire expliquer.

En effet, cet examen ayant été fait soigneusement, M. Moure a constaté à l'entrée des fosses nasales, dans la narine gauche, à la partie antéro-inférieure de la cloison médiane, des vaisseaux dilatés et rougeâtres occupant un espace circonscrit et saignant au moindre attouchement.

Le porte-ouate promené sur ces varicosités, provoque une hémorragie en nappe tellement abondante, que le sang s'écoulait à la fois en avant et en arrière par derrière le voile du palais. Plusieurs tampons sont nécessaires pour comprimer le point qui fournit le sang et arrêter l'hémorragie.

On pratique de légères cautérisations au perchlorure de fer, puis, quelques jours après, des cautérisations plus sérieuses à l'acide chromique cristallisé.

Depuis cette époque (21 fevrier, il y a par conséquent 6 mois), pas la moindre hémorragie, et les varices ne sont même plus apparentes.

Guérison complète.

OBSERVATION III

(Clinique de M. le docteur Moure)

M. C..., âgé de 42 ans, né à Bordeaux.

A toujours été bien portant et est d'une constitution robuste.

Il y a une vingtaine d'années, les épistaxis ont commencé, et depuis revenaient à intervalles irréguliers. A de certains moments, elles se montraient très rebelles et l'écoulement se faisait toujours par la narine gauche. Il se passait souvent un fort long espace de temps entre chaque période d'hémorragies ; mais à chaque période, ces hémorragies persistaient pendant plusieurs jours, quelques fois tous les jours, quelques fois même plusieurs fois par jour.

A cause de ces troubles du côté du nez, C... évitait de se toucher les narines et s'attachait à ne pas faire le moindre effort, surtout en se mouchant.

Néanmoins, ces épistaxis revenaient spontanément, malgré toutes les précautions du malade.

Il y a trois jours (24 janvier), il a été pris d'une épistaxis très violente, laquelle s'est renouvelée le lendemain, puis encore le surlendemain.

Comme toujours dans pareil cas, l'examen des organes a été fait avec attention et n'a fait découvrir aucune cause capable d'expliquer ces hémorragies.

A l'examen rhinoscopique, on aperçoit sur la cloison, du côté gauche, à la partie antéro-inférieure, au niveau de l'insertion du fibro-cartilage, des petites varices se présentant sous forme de vaisseaux dilatés et rougeâtres, et saignant au moindre attouchement.

On fait renifler du tannin au malade provisoirement, puis, quelques jours après, on pratique des cautérisations à l'acide chromique.

Depuis ce temps, les hémorragies n'ont pas reparu : les varices ne sont même plus visibles.

Guérison complète.

OBSERVATION IV

(Recueillie à la clinique de M. le Dr Moure)

M. X..., âgé de 50 ans, né à Bordeaux.

X... était pris, depuis quelque temps, de fréquentes épistaxis, contre la production desquelles il n'avait trouvé aucun remède, malgré toutes les précautions qu'il était obligé de prendre. Le tamponnement était pratiqué chaque fois, tant ces épistaxis étaient

rebelles, mais l'écoulement reprenait aussi très souvent dès que le tampon était enlevé.

X... étant arrivé à un degré d'anémie très avancé et effrayé par la grande quantité de sang qu'il avait perdu, une consultation fut provoquée, et M. le Docteur Pitres interrogea avec soin tous les organes et surtout les organes thoraciques. Il ne put donner la cause de ces épistaxis répétées, son examen ne l'ayant mis sur la trace d'aucun phénomène morbide capable d'amener de tels troubles.

C'est alors qu'on songea à consulter un spécialiste, M. le Docteur Moure, qui pratiqua l'examen rhinoscopique et constata sur la cloison les varices, cause de tout le mal.

Il institua le traitement ordinaire, et tout rentra dans l'ordre.

Depuis ce moment (mai 1887), plus d'hémorragies ; la muqueuse a repris son aspect absolument normal.

Guérison complète.

OBSERVATION V

(Personnelle)

Marcelin V..., âgé de 23 ans, tonnelier, né à Bordeaux.

V... est d'une constitution très robuste et n'a jamais fait de maladies. On ne peut constater aucun antécédent personnel ou héréditaire.

Il n'a commencé à saigner du nez qu'il y a à peu près six mois. Au commencement, il n'en avait aucune inquiétude. Cependant, effrayé par la fréquence des épistaxis, il se décida à venir à la clinique de M. le Docteur Moure.

A ce moment, le malade présente un degré d'anémie assez avancé, qu'il attribue lui-même à la grande quantité de sang perdu.

Il avoue que les hémorragies se produisaient toujours par la narine gauche et revenaient à intervalles irréguliers, sans aucune cause, et souvent même pendant son sommeil. Il évitait cependant le moindre effort du côté des narines et ne se les touchait jamais avec le doigt.

L'examen des organes fait avec soin reste absolument négatif.

Cependant, sur les membres inférieurs, le membre gauche notamment, on peut apercevoir quelques varices, mais assez légères.

L'examen rhinoscopique démontre toujours la même lésion que dans les observations précédentes. En effet, à la partie antéro-inférieure de la cloison médiane, du côté gauche, on trouve de petites varices rougeâtres, très dilatées et saignant en nappe au moindre attouchement.

Le traitement à l'acide chromique est institué, et, au bout de deux séances de cautérisation, il se forme une légère escarre qui tombe d'elle-même quelques jours après, amenant la complète destruction des varices et la guérison du malade.

Depuis cette époque (25 mai), plus d'hémorragies : la muqueuse a repris son aspect normal.

OBSERVATION VI

(Recueillie à la clinique de M. le Dr Moure)

Henri D..., âgé de 23 ans, né à Bordeaux, employé.

D... a toujours été d'une excellente constitution.

Pas d'antécédents, ni personnels, ni héréditaires.

Le 15 mars dernier, il fut pris d'un saignement au nez au milieu de son travail, et cette épistaxis s'arrêta d'elle-même au bout de quelques minutes, après quelques légères ablutions d'eau froide. D... ne se rappelle rien d'anormal dans ses habitudes, la veille ou le jour même de cette première hémorragie.

La nuit suivante, le saignement au nez se renouvela pendant son sommeil et s'arrêta également au bout de quelques minutes.

A partir de ce moment, ces épistaxis se renouvelèrent presque tous les jours, souvent même plusieurs fois par jour, et D..., enfin inquiété par une faiblesse persistante provenant de ces hémorragies nasales répétées, se décida à venir à la clinique libre de M le Docteur Moure.

L'examen des organes est négatif. Rien au cœur, au poumon ou au foie, rien, enfin, qui puisse expliquer ces saignements si fréquents.

Cependant, on constate des varices assez développées, à la jambe gauche principalement.

Le malade avoue que le sang coulait toujours de la narine gauche, jamais de la droite.

Aussi, le speculum porté dans la narine gauche, on découvre les varices sur la partie antéro-inférieure de la cloison.

Le traitement à l'acide chromique est institué, et, quelques jours après, le malade est complètement guéri : la muqueuse reprend son aspect normal.

D... n'a plus eu aucune hémorragie.

OBSERVATION VII

(Recueillie à la clinique de M. le docteur Moure.)

Mlle X..., âgée de 14 ans, Bordeaux.

Elle se porte bien et n'a eu aucune maladie antérieure, sauf une otite pour laquelle M. le docteur Moure lui a donné ses soins.

Elle n'est pas encore réglée.

Elle a été prise d'épistaxis il y a une quinzaine de jours (20 mars 1887), et on n'en fut pas effrayé outre mesure, mettant ces hémorragies sur le compte de la puberté. Mais les saignements au nez s'étant succédé pendant plusieurs jours, et quelques-uns mêmes ayant été si violents qu'ils avaient nécessité le tamponnement, on se décide à consulter M. le docteur Moure.

L'examen rhinoscopique fit constater dans la narine gauche la cause de toutes ces épistaxis. En effet, à l'entrée des fosses nasales, sur la cloison médiane, on se trouve en présence de varices saignant en nappe, très sinueuses et très dilatées.

La cautérisation à l'acide chromique fut pratiquée et depuis cette époque, plus d'hémorragies.

L'aspect de la muqueuse est redevenu normal.

Guérison complète.

J'ajouterai, pour compléter cette observation, que cette jeune fille n'est pas encore réglée depuis le 20 mars dernier, époque des épistaxis.

Nous pourrions multiplier les observations, mais la symptomatologie est toujours la même, car le symptôme prédominant est l'épistaxis répétée; à l'examen même lésion, petites tumeurs variqueuses siégeant principalement sur la cloison, à la partie antéro-inférieure.

Nous avons tenu à rapporter ces observations, presque au début de notre travail, parce que c'est sur elles que nous nous baserons pour établir l'étiologie, la symptomatologie et le diagnostic des varices nasales.

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE. SYMPTOMATOLOGIE. DIAGNOSTIC.

Faut-il admettre la diathèse variqueuse pour expliquer les varices nasales, ou faut-il, au contraire, chercher dans la disposition anatomique de la région une cause prédisposante aux varicosités ?

Nous allons essayer de discuter cette question, avec l'espoir d'arriver à une conclusion logique.

Il y a des auteurs qui admettent exclusivement la diathèse variqueuse dans la production des varicosités ; il en est d'autres, au contraire, qui reconnaissent comme cause à ces mêmes varices, une pathogénie pour ainsi dire mécanique (gêne circulatoire, habitude, position, etc.). Mais il ne faut être exclusif en rien et les nombreux auteurs, qui admettent les deux opinions si contraires, nous paraissent plutôt dans le vrai.

Prenons pour exemple les varices de la grossesse. Il est parfaitement reconnu que les varices chez les femmes enceintes ne sont, pour ainsi dire, pas de véritables varices, mais de simples dilatations vasculaires sans lésion des parois veineuses, et cependant si ces veines restent longtemps dilatées, si, par exemple, la grossesse se produit trop souvent, on peut voir

à la longue les parois veineuses obligées de subir presque constamment une dilatation forcée, être atteintes du processus variqueux, et on constate alors de véritables varices en dehors de toute diathèse.

De même, dans le sens opposé, on peut voir des varices aux membres chez des personnes que leur position met complètement en dehors de toute cause mécanique capable d'amener même des dilatations veineuses.

Pour ce qui concerne les fosses nasales, si nous consultons nos observations, nous verrons que trois personnes sur sept, citées par nous, présentaient des varices aux membres concomitantes aux varices nasales.

En effet, dans l'Observation I, nous voyons une femme de 43 ans, sur laquelle on a constaté des varices aux membres inférieurs, surtout au membre inférieur gauche.

Dans l'Observation V, on a également découvert des varices aux membres.

Il en est de même pour le malade cité dans l'Observation VI, sur lequel on peut voir des varices très développées.

Voilà donc des cas dans lesquels on peut, sinon affirmer, tout au moins incriminer la diathèse variqueuse dans la production des varices nasales.

Quant aux autres cas, nous ne pourrions que supposer l'existence de cette diathèse, sans toutefois pouvoir en faire la preuve.

Si nous ne pouvons, dans tous les cas, faire entrer en ligne de compte cette prédisposition diathésique du sujet, nous devons, avec MM. Gosselin et Bonhomme de Montaigut, donner à ce phénomène morbide une autre explication.

Si nous nous reportons à l'anatomie normale de la région, nous voyons d'abord que les veines sont en très grand nombre, que la plupart des auteurs décrivent le tissu muqueux des

fosses nasales comme étant, en certains points, du véritable tissu caverneux. N'est-ce pas là déjà une condition favorable aux dilatations veineuses, les veines de cette région n'ayant plus une paroi aussi résistante que celle des autres organes et leur nombre se trouvant très considérable?

Mais les anatomistes nous démontrent aussi que la muqueuse, très lâche et peu adhérente au niveau des cornets, des méats et de l'arrière-cavité des fosses nasales, est, au contraire, très serrée et très adhérente au niveau de la cloison.

Dans toutes les observations qne nous avons pu recueillir, la lésion, qui fait le sujet de nôtre travail, a été constatée sur la cloison elle-même.

N'y aurait-il pas entre le siège habituel et électif de ces varices nasales et l'anatomie normale dé la muqueuse à cet endroit plus qu'une coïncidence, et la disposition de cette muqueuse ne pourrait-elle expliquer la fréquence des formations variqueuses à ce niveau? Nous ne l'affirmons pas, mais il nous est permis de croire que la pathogénie des varices pouvait y trouver un élément causal. Ne pourrait-il pas se faire, en effet, que le sang arrivant en plus grande quantité par l'artère sous l'influence d'une cause quelconque (émotion, excès, position, etc.,), les veines de la cloison, contenues jusqu'à un certain point par la muqueuse, très serrée en cet endroit, devinssent le siège d'une stase veineuse très favorable à la production de varices? Si le grattage et les traumatismes de la partie antérieure de la cloison ne sont pas seules les causes directes de l'épistaxis comme le veut Bergen, ces diverses causes doivent avoir une action évidente, irritante, tant sur la formation de l'ectasie veineuse que sur son excoriation et la production de l'hémorragie.

Quant à l'âge favorable à la production des varices nasales, nous ne pouvons assigner une moyenne exacte, à cause du

petit nombre d'observations que nous avons pu recueillir ; mais de même que pour les varices des membres, l'âge mûr et la vieillesse comptent presque tous les variqueux ; je crois qu'il est permis d'assigner la même étiologie pour les varices nasales, au point de vue de l'âge.

Dans nos sept observations, en effet, nous relevons quatre malades atteints de varices du nez, âgées de moins de 25 ans, et trois autres âgés de plus de quarante ans.

Mais nous ne voulons pas, et nous ne pouvons pas, du reste, dans un travail si court, et pour lequel les instants nous ont été pour ainsi dire comptés, nous ne pouvons pas faire une statistique concluante et indiquer une étiologie exacte, quant à l'âge, le sexe ou même les habitudes professionnelles.

L'épistaxis, symptôme prédominant des varices nasales, pourra s'expliquer plus facilement. Elle se produit évidemment sous l'influence d'une cause directe, quelquefois un traumatisme, quelquefois même sans traumatisme apparent. Des coups, des attouchements, surtout avec les ongles, des poussières et souvent même moins que cela, des particules odorantes infiniment petites, peuvent amener une ulcération microscopique de la muqueuse et produire des hémorragies. Tout le monde connaît le cas cité par Bruyerinus, de Francfort, de Jean de Querceto, secrétaire de François I^er^, qui avait des épistaxis chaque fois qu'il sentait une pomme.

Calmettes, sur trentre-trois cas d'épistaxis, après examen rhinoscopique, a localisé le siège de l'hémorragie, deux fois sur le méat moyen, une fois sur le méat inférieur, une fois sur le plancher des fosses nasales et vingt-neuf fois sur la partie antéro-inférieure de la cloison.

Si on examine, en effet, attentivement l'anatomie du nez, on verra que la cloison, plus que toutes les autres parties, est exposée aux traumatismes. De plus, la cloison forme un plan

résistant, tandis que les ailes du nez de chaque côté sont mobiles et peuvent fuir sous une pression quelconque.

Quant aux poussières irritantes, leur action nocive est bien plus sensible sur la cloison que partout ailleurs, lorsqu'on se rappelle que les glandes sont en très petite quantité sur la cloison nasale, et que, par conséquent, la muqueuse moins lubréfiée, les retient plus longtemps.

Toutes ces raisons ont été discutées parfaitement par Casabianca et, dans son Traité sur les maladies du nez, à l'article *Rhinite professionnelle*, M. le docteur Moure les a reproduites avec beaucoup de netteté.

Dans les varices nasales, il n'y a que la première épistaxis qui coûte, et les autres suivent facilement à de courts intervalles de temps.

Pour les expliquer, nous n'avons qu'à donner les raisons de Chiari, à savoir que le caillot obturateur, formé après la première épistaxis, n'amène qu'une thrombose incomplète et se détache au moindre effort. Il est à remarquer, en effet, que bien souvent une hémorragie nasale, arrêtée absolument par un tampon bien placé, reprend immédiatement dès que le tampon est enlevé, même avec précaution ; le mouvement exécuté pour enlever la ouate ou la charpie, ayant suffi pour déplacer le caillot obturateur, amener sa chute, et provoquer une nouvelle hémorragie.

Nous ne parlerons pas des symptômes de l'épistaxis : ce sont les mêmes pour les épistaxis dues aux varices nasales que pour celles dérivées de toute autre cause : congestion céphalique, lourdeurs de tête, bourdonnements d'oreilles, rougeurs de la face, vertiges, etc., etc. Nous devons dire cependant que ces symptômes manquent souvent, surtout quand les épistaxis sont très fréquentes et, sous ce rapport, ces épistaxis méritent bien souvent le nom véritable de spontanées.

Il faut cependant rapporter un signe sur lequel la plupart des auteurs ont insisté, mais qui existe rarement toutefois ; c'est un léger picotement que le malade ressentirait dans la narine affectée de varices ; mais on comprendra que ce signe manque bien souvent, car les varices n'atteignent jamais un gros volume, et ne donnent pour ainsi dire pas la sensation d'un corps étranger.

Le malade affecté de varices nasales n'est donc nullement troublé, et s'il ne se produit aucune ulcération de la muqueuse au niveau des varices, tout marche dans l'ordre comme si la circulation nasale ne présentait aucune anomalie. La première épistaxis ne l'effraie même pas outre mesure, et selon son éducation ou sa tournure d'esprit, il la met sur le compte de tel ou tel autre phénomène.

Ce n'est qu'après des hémorragies répétées qu'il se décide à consulter les médecins.

Il est naturel, lorsqu'on se trouve en présence d'épistaxis fréquentes, de passer en revue tous les organes, de faire un interrogatoire complet, afin de chercher une cause capable d'expliquer les troubles en présence desquels on se trouve.

Mais si aucun état pathologique ne vient mettre sur la voie du diagnostic, il faut alors recourir à l'examen direct des fosses nasales, et on se trouve dans l'obligation de faire des recherches attentives dans l'intérieur de l'organe.

Souvent, si on le fait du moins avec beaucoup d'attention, on pourra, en écartant légèrement l'aile du nez, apercevoir, sans l'aide d'aucun instrument, le siège des varices, surtout lorsqu'un peu de sang vient à sourdre au moment où l'on pratique l'examen.

Rappelons, en effet, que Calmettes, sur 33 cas d'épistaxis, avait trouvé 29 fois le siège hémorragique à la partie antéro-inférieure de la cloison, et même dans toutes nos observations, les

varices se trouvent presque à l'entrée des fosses nasales.

Cependant, si les varices ne donnent pas de sang au moment où l'on examine le malade, il est toujours bon de faire l'examen rhinoscopique antérieur, en projetant dans les fosses nasales, à l'aide d'un petit miroir légèrement concave, une lumière artificielle.

On aura toutefois le soin de ne pas enfoncer trop profondément au début, les valves du speculum (si elles sont pleines) de manière à ne pas les placer sur la lésion, que l'on ne pourrait alors apercevoir, car il est nécessaire de se rappeler ce fait, sur lequel on ne saurait trop insister, que tous les auteurs cités ont fait remarquer, et que M. Moure nous dit avoir observé bien souvent, à savoir que le plus grand nombre de lésions variqueuses siègent à l'orifice des fosses nasales, à la partie antéro-inférieure de la cloison.

Le speculum placé avec toutes les précautions que nous venons d'indiquer, on aperçoit alors des vascularisations très développées, avec ou sans boursouflure apparente de la muqueuse, suivant le degré de la lésion. Des petits vaisseaux dilatés et gorgés de sang rampent sous la muqueuse et se montrent par transparence.

L'ectasie se dessine sous la forme d'une surface rouge sombre, légèrement saillante au-dessus de la muqueuse pituitaire, et sur les bords, on aperçoit un réseau de vaisseaux délicats allant se perdre dans l'épaisseur du tissu ambiant. Les varices peu avancées ressemblent assez bien à un ostéoplaste vu à un fort grossissement. C'est la même surface allongée avec des prolongements sinueux et filiformes qui représentent des vaisseaux dilatés.

Nous n'aurons pas à insister sur le diagnostic différentiel des varices nasales, ces lésions ne pouvant être confondues avec aucune autre altération de la pituitaire.

Les coryzas professionnels, les larves des fosses nasales, les corps étrangers, se reconnaissent à des symptômes tellement différents de ceux qui nous occupent, qu'il suffit de signaler ces lésions pour les éliminer. Les épistaxis du coryza atrophique sur lesquelles vient d'insister M. Beverley Robinson, se reconnaîtraient par l'inspection des fosses nasales, à des symptômes bien différents de ceux offerts par l'affection qui nous occupe. Quand aux angiomes, ils constituent non-seulement des tumeurs rares des fosses nasales, mais la présence d'une tumeur plus ou moins fongueuse et saillante, fera éliminer l'idée d'une simple ectasie. Tous les angiomes signalés par les différents auteurs atteignaient au moins la grosseur d'un pois, et jamais nous ne trouvons le même volume dans aucune varice, datant même de très loin. L'erreur toutefois, ne serait pas bien grave dans ce cas, puisque le traitement devrait être absolument le même dans l'angiome comme dans les varices.

Lorsqu'on s'est trouvé en face du point d'où vient le sang, de la varice en un mot, il suffira d'agir avec énergie pour faire disparaître l'écoulement sanguin presque continuel dont elle est la source.

CHAPITRE V

PRONOSTIC --- TRAITEMENT

Nous n'avons pas voulu séparer le pronostic du traitement, dans notre description, parce qu'ils sont entièrement subordonnés l'un à l'autre. Les varices nasales deviennent, soit un inconvénient, soit un danger, si elles ne sont pas reconnues, et cette gravité, elles la doivent aux épistaxis fréquentes dont elles sont la source. Car, si ces épistaxis se tarissent d'elles-mêmes dans certains cas, dans d'autres au contraire, elles se renouvellent avec tant d'abondance, que la grande quantité de sang perdu, peut amener le malade à un degré d'anémie très avancé; on comprendra même que ces hémorragies puissent occasionner la mort.

Si nous revenons sur nos observations, nous voyons que tous les malades observés par nous présentaient un degré d'anémie assez avancé, la plupart d'entre eux, étaient déjà atteints de saignements au nez depuis très longtemps (25 ans chez l'un d'eux.)

Mais lorsqu'après avoir éliminé toutes les causes possibles d'épistaxis chez un sujet qui en est atteint, lorsqu'après avoir fait l'examen rhinoscopique, on a constaté que la seule et véritable source de ces hémorragies se trouve dans les varices nasales, alors nous nous trouvons en face d'une

affection bénigne, car nous sommes sûrs, avec un traitement bien fait, d'en venir à bout en très peu de temps.

Nous ne parlerons pas du traitement de l'épistaxis et des différentes sortes de tamponnement. Cependant, nous insisterons sur un point qui a son intérêt, au point de vue du traitement de l'hémorragie nasale.

En se reportant aux indications de Chiari, de Calmettes et autres auteurs, quant au siége électif des sources hémorrhagiques, en relisant même les observations rapportées par nous, on voit que, presque toujours, la lésion siége sur la cloison à la partie inférieure. Ce fait peut avoir son importance, car le malade peut lui-même, d'après nos conseils, dès qu'il est pris d'une hémorragie spontanée, serrer assez fortement les ailes du nez contre la cloison avec les doigts et amener ainsi un tamponnement naturel (Moure). La plupart du temps, toutefois, il faudra recourir à un tamponnement plus énergique, et alors un peu de ouate imbibée de perchlorure de fer sera placée sur le lieu où on aura reconnu la source hémorragique.

Il est inutile de dire que, si, malgré tout cela et à la suite de tous ces moyens, l'écoulement ne s'arrête pas, on se trouvera dans l'obligation de faire le tamponnement postérieur et même le tamponnement double avec la sonde de Bellocq, ou tout autre instrument capable de la remplacer.

Mais arrivons au véritable et seul traitement des varices. On comprend que tant que cette source restera dans les fosses navales, le malade porteur de cette affection ne pourra jamais être tranquille et verra tôt ou tard les épistaxis reparaître.

Il faut donc employer un traitement radical, et faire disparaître la cause des écoulements, les varices elles-mêmes.

Le meilleur moyen d'excision des varices si petites et dans un tel endroit se trouve réalisé dans les caustiques.

Au premier rang, nous trouvons les caustiques mécaniques, dont le meilleur sans contredit est le galvano-cautère. C'est un excellent caustique, mais on comprend que tout le monde n'en ait pas un sous la main.

Puis viennent les caustiques chimiques, qui sont très nombreux ; mais nous insisterons spécialement sur l'emploi de l'acide chromique employé d'après la méthode préconisée par le Docteur Hering, de Varsovie.

Tout le monde sait que l'acide chromique cristallisé jouit de propriétés hygrométriques très prononcées, qu'il fond et se diffuse à la surface des muqueuses sur lesquelles il est appliqué, avec une facilité extrême. Bien plus, les attouchements faits avec ce caustique, et d'après les procédés habituels, étaient assez douloureux, tandis qu'employés à la manière du Docteur Hering, on peut en localiser strictement l'action, et ne profiter que des avantages qu'il nous offre.

Voici la méthode à suivre pour se servir de ce caustique :

Sur une lampe ordinaire ou un bec de gaz, on chauffe, à l'extrémité d'une sonde métallique ou en verre, un très petit fragment d'acide cristallisé, qui ne tarde pas à perdre son eau en crépitant légèrement : il se fond et forme une masse épaisse, gluante, d'un brun foncé, qui se fige rapidement en se plaçant sur l'un des bords ou à l'extrémité du porte-caustique, suivant le désir et le besoin de l'opérateur. Il forme alors à ce niveau un enduit plus ou moins épais (mais il est préférable de toujours prendre de très petits fragments de cristaux, et de faire une couche assez mince) ayant à peu près l'aspect terne et la coloration de la préparation inflammable qui revêt les allumettes suédoises.

Il ne faut pas cependant faire chauffer trop brusquement le

cristal ou même trop longtemps, car alors la surface seulement se transforme en une couche verte, friable et poreuse d'hyperoxyde chromique dépourvu de toute action corrosive.

Se servant alors du porte-caustique ainsi armé et préparé, on le porte directement sur les varicosités qu'on a constatées à l'examen, et on frotte légèrement toute la largeur de la muqueuse atteinte.

La cautérisation une fois terminée, on fait renifler au malade un peu d'eau tiède légèrement alcalinisée à l'aide de bicarbonate de soude, pour enlever l'excès d'acide mis en contact avec la muqueuse.

Ainsi que l'a fait remarquer le Docteur Hering, ce mode de cautérisation n'occasionne au malade aucune douleur et se trouve être en même temps un des caustiques les plus énergiques à la surface des muqueuses.

Il est rarement besoin de multiplier ces cautérisations, et il suffit ordinairement de deux séances pour former une légère escarre, qui ne tarde pas à tomber et à entraîner avec elle les produits variqueux.

La cicatrisation se fait rapidement et la guérison complète est obtenue, sans crainte de récidives.

Dans tous les cas, si ces dernières se produisent, on les traitera de la manière que nous venons d'indiquer, c'est-à-dire qu'on se verra dans l'obligation de se servir du galvano-cautère, qui est bien plus efficace.

CONCLUSIONS

Il résulte de notre travail que :

1° Les épistaxis dites spontanées sont extrêmement rares, et que les écoulements sanguins reconnaissent généralement pour cause des ectasies veineuses, placées la plupart du temps sur la cloison, à la partie antérieure des fosses nasales ;

2° Ces ectasies ne peuvent être diagnostiquées qu'à l'aide de l'examen rhinoscopique, que l'on doit toujours pratiquer, quand on se trouve en face d'une épistaxis, dnnt la cause réelle est difficile à expliquer par les moyens habituels ;

3° Le pronostic est grave, dans le cas où l'on ne reconnaît pas la lésion, car la mort peut être la conséquence de l'anémie extrême, causée par les fréquentes pertes de sang ;

4° Le traitement doit être radical : il consiste dans la cautérisation faite, soit à l'acide chromique cristallisé, employé comme nous l'avons indiqué, soit avec le galvano-cautère, si l'ectasie résiste aux caustiques chimiques.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de la Thèse.

Dr ORÉ.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 13 Juillet 1887.

Le Recteur de l'Académie de Bordeaux,

H. OUVRÉ.

Vu :

Le Doyen,

Dr A. PITRES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

KOHLRAUSH (Berlin, 1853)

PANAS (*Thèse,* Paris, 1860)

FOLLIN et DUPLAY *(Traité de pathologie interne,* Paris, 1874.)

BIGELOW *(Med. and. surg. journal,* Boston, 1875).

VOLTOLINI *(Monatssch. fur Ohrenheilkund,* 1877.)

Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie, du Professeur JACCOUD. (Art. *Nez et Epistaxis,* 1877)

SAPPEY, *Anatomie.*

TILLAUX (*Anatomie topographique.*)

CRUVEILHER *(Anatomie).*

BEAUNIS et BOUCHARD *(Anatomie).*

RÉMY (*Thèse,* Paris, 1878).

Dictionnaire des Sciences médicales du docteur DECHAMBRE. (Art. *Epistaxis,* 1878).

Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, du docteur MOURE (Bordeaux.)

CARL MICHEL, (Bruxelles, 1879.)

SPENCER WATSON (*British med Journal,* 1881.)

CALMETTES (*Progrès médical,* 1881, et *Bul. soc. med. prat.,* Paris, 1885-86.)

ZUCKERKANDL (*Anatomie des fosses nasales,* Vienne 1882)

GOSSELIN (*Gazette des hôpitaux,* 1882.)

HARVEY (*Med. rec.,* New-York, 1882.)

BONHOMME DE MONTAIGUT (*Thèse,* Paris, 1884.)

RETHI (Vienne, 1885.)

KIESSELBACH (*Des épistaxis spontanées,* Vienne, 1885.)

BUCHALOW (*Bollet. delle malad. dell'orrechio,* Nov. 1885.)

BARGELLINI (*Archiv. international di Laring et Rinol,* 1886.)

BAUMGARTEN (Vienne, 1886.)

FERRÉ (*Thèse d'agrégation,* 1886.)

GANGERA (*Revista di Laryng,* 1886.)

MORRELL-MACKENSIE *(Traité des maladies du nez,* Traduction MOURE et CHARAZAC, 1887.)

BANDLER. (*Sur l'épistaxis spontanée.* -- Acad. des Sc. de Vienne, 1887.)

BEVERLEY-ROBINSON (Société de Laryng d'Amérique, 1887.)